

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書

ふりがな 患者氏名			性別	生年月日（年齢）		
			男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日生（満 歳）		
住 所	郵便番号					
	電話番号 ()					
診断年月	年	月	前医 (あれば記 載する。)	医療機関名 医師名		
過去の治療歴	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1 B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けた。</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。</p> <p>2 C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合</p> <p>(1) 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース。</p> <p>② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース。</p> <p>(2) 過去の3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤）の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な理由：)</p> <p>(3) インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名：)</p> <p><input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。</p>					
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1 B型肝炎ウイルスマーカー (検査日： 年 月 日) (注) 1、2参照</p> <p>(1) HBs 抗原 (+ ・ -)</p> <p>(2) HBe 抗原 (+ ・ -) HBe 抗体 (+ ・ -)</p> <p>(3) HBV-DNA 定量 _____(単位： 、測定法)</p> <p>2 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日： 年 月 日) (注) 1、2参照</p> <p>(1) HCV-RNA 定量 _____(単位： 、測定法)</p> <p>(2) ウイルス型 (該当する項目を○で囲む。)</p> <p>ア) セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ 1a、1b</p> <p>イ) セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ 2a、2b</p> <p>3 血液検査 (検査日： 年 月 日) (注) 1、2参照</p> <p>AST _____IU/l (施設の基準値： _____~_____)</p> <p>ALT _____IU/l (施設の基準値： _____~_____)</p> <p>血小板数 _____/μl (施設の基準値： _____~_____)</p> <p>4 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日： 年 月 日) (注) 1、2参照</p> <p>(検査方法) (所見)</p>					

診 断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)</p>
肝がんの合併	<p>肝 が ん 1 あり 2 なし</p>
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 インターフェロンα製剤単独</p> <p>2 インターフェロンβ製剤単独</p> <p>3 ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4 インターフェロンα製剤+リバビリン製剤</p> <p>5 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤</p> <p>6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>7 その他 (具体的に記載)</p> <p>治療予定期間 週 治療開始年月 (予定含む) 年 月</p>
診断書記載医師	<p>(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリーの場合、以下の項目にチェックが必要です。)</p> <p><input type="checkbox"/> 診断書を記載する医師は日本肝臓学会肝臓専門医である。</p>
治療上の問題点	
医療機関名 及び 所在地	<p>記載年月日： 年 月 日</p>
医師氏名	

(注)

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
- 2 HBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内 (ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時) の資料に基づいて記載してください。
- 3 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、ご注意ください。